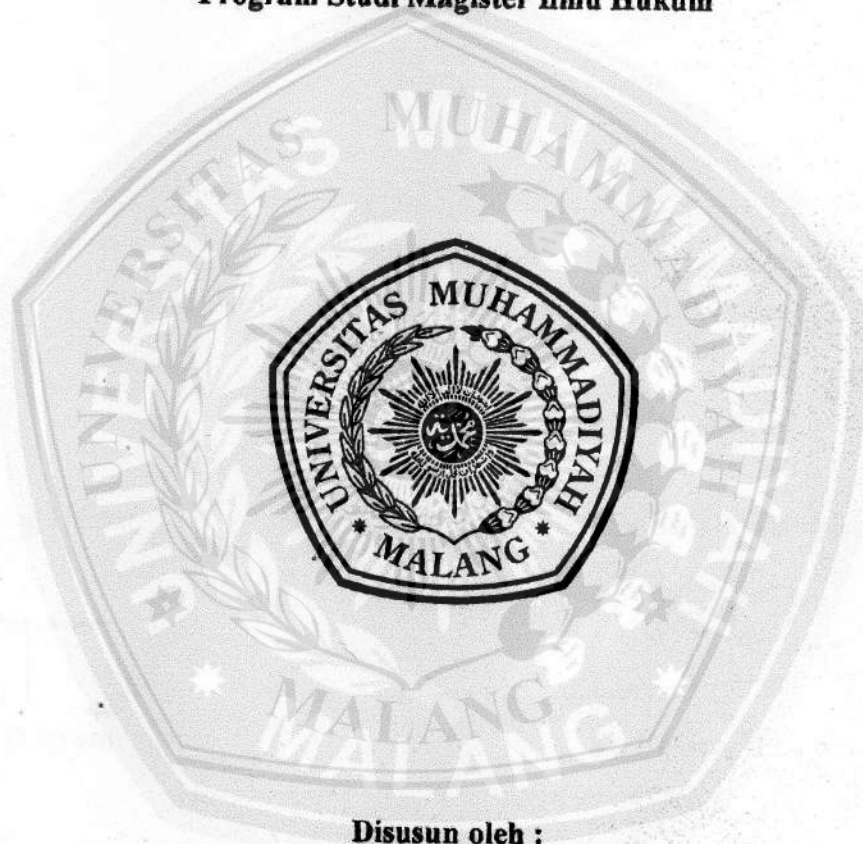


**ANALISIS SUBSTANTIF PERMENKES NO. 47 TAHUN 2018
TENTANG PELAYANAN KEGAWATDARURATAN
DALAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL**

TESIS

**Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan
Memperoleh Derajat Gelar S-2
Program Studi Magister Ilmu Hukum**



Disusun oleh :

REZKY AMI CAHYAHARNITA

NIM : 201810380211001

**DIREKTORAT PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MALANG**

Januari 2020

**ANALISIS SUBSTANTIF PERMENKES NO. 47 TAHUN 2018
TENTANG PELAYANAN KEGAWATDARURATAN
DALAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL**

REZKY AMI CAHYAHARNITA

201810380211001

Telah disetujui

Pada hari/tanggal, **Jumat/ 24 Januari 2020**

Pembimbing Utama



Dr. Fifik Wiryani

Pembimbing Pendamping



M. Nasser, D.Law

Direktur

Program Pascasarjana



Prof. Akhsanul In'am, Ph.D

Ketua Program Studi

Magister Ilmu Hukum



Mokh. Najih, Ph.D

TESIS

REZKY AMI CAHYAHARNITA

201810380211001

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji
pada hari/ tanggal, **Jumat / 24 Januari 2020**
dan dinyatakan memenuhi syarat sebagai kelengkapan
memperoleh gelar Magister /Profesi di Program Pascasarjana

Universitas Muhammadiyah Malang

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

Ketua / Penguji : Dr. Fifik Wiryani

Sekretaris / Penguji : M.Nasser, D.Law

Penguji : Dr. Tongat

Penguji : Dr. Sulardi

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : REZKY AMI CAHYAHARNITA

NIM : 201810380211001

Program Studi : Magister Ilmu Hukum

Dengan ini menyatakan dengan sebenar- benarnya bahwa:

1. TESIS dengan Judul: **ANALISIS SUBSTANTIF PERMENKES NO. 47 TAHUN 2018 TENTANG PELAYANAN KEGAWATDARURATAN DALAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL** adalah karya saya dan dalam naskah Tesis ini tidak terdapat karya ilmiah yang pernah diajukan oleh orang lain untuk memperoleh gelar akademik di suatu Perguruan Tinggi dan tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali yang secara tertulis dikutip dalam naskah ini dan disebutkan dalam sumber kutipan dalam daftar pustaka.
2. Apabila ternyata dalam naskah Tesis ini dapat dibuktikan terdapat unsur-unsur **PLAGIASI**, saya bersedia Tesis ini **DIGUGURKAN** dan **GELAR AKADEMIK YANG TELAH SAYA PEROLEH DIBATALKAN** serta di proses sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku.
3. Tesis ini dapat dijadikan sumber pustaka yang merupakan **HAK BEBAS ROYALTY NON EKSKLUSIF**.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Malang, 24 Januari 2020

Yang Menyatakan,



REZKY AMI CAHYAHARNITA

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakaatuh.

Alhamdulillahirobbil alamin dengan segala rasa syukur, penulis mengucapkan terima kasih kepada Allah SWT karena berkat izin-Nya saya dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “ANALISIS SUBSTANTIF PERMENKES NO. 47 TAHUN 2018 TENTANG PELAYANAN KEGAWATDARURATAN DALAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL”.

Tesis ini ditulis dan disusun sebagai tugas akhir untuk memenuhi persyaratan mendapatkan gelar Strata 2 Ilmu Hukum pada Program Studi Pasca Sarjana Universitas Muhammadiyah Malang. Usaha yang cukup maksimal sudah penulis curahkan demi terselesaikannya tesis ini, namun penulis menyadari bahwa penulis hanyalah manusia biasa yang masih bisa melakukan kesalahan. Begitu pula tesis ini, penulis juga turut menyadari bahwa masih banyak hal yang kurang dan mungkin masih membutuhkan beberapa perbaikan.

Dengan segala kerendahan hati, melalui pengantar ini perkenalkan penulis mengucapkan terima kasih kepada pihak-pihak yang berperan dalam tesis ini. Rasa terima kasih penulis sampaikan kepada:

1. Keluarga tercinta yang selalu memberikan do'a dan dukungannya, yaitu mama Suharnik, papa Ir. Bagus Adi Soetjahjo, mas Hendra Bagus Ardianto, SP, MM.
2. Direktur program Pasca Sarjana Universitas Muhammadiyah Malang Prof. Aksanul In'am, Ph.D.
3. Ketua Program Studi Magister Ilmu Hukum Mokh. Najih, Ph.D yang telah memberikan kemudahan kepada penulis atas birokrasi dalam proses administrasi selama mengikuti Program Magister Ilmu Hukum konsentrasi Hukum Kesehatan di Universitas Muhammadiyah Malang.
4. Pembimbing tesis, yaitu Dr. Fifik Wiryani dan dr. M. Nasser, Sp.KK, D.Law yang senantiasa mendorong penulis untuk segera menyelesaikan tesis dan membimbing dalam setiap tahap perbaikan tesis.

5. Penguji tesis, yaitu Dr. Tongat dan Dr. Sulardi yang telah menguji sekaligus memberikan saran dan masukan untuk penulisan tesis ini.
6. Wakil Direktur 1 RSUD UMM dr. Thontowi Djauhari, NS, M.Kes yang telah mengarahkan dan memberikan izin kepada penulis untuk melanjutkan pendidikan Magister Ilmu Hukum Konsentrasi Kesehatan.
7. Sejawat dokter umum RSUD UMM yang senantiasa membantu kegiatan di rumah sakit sehingga penulis dapat menyelesaikan pendidikannya.
8. Sahabat2 Magister Ilmu Hukum Kesehatan UMM 2018 (angkatan pertama) yang saling memberikan semangat dan dukungan kepada penulis dalam menyelesaikan tesis ini.
9. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah membantu dalam menyelesaikan tesis ini.

Semoga jerih payah dan niat baik dari berbagai pihak yang telah diberikan baik selama perkuliahan maupun pada saat penulisan sampai selesainya tesis ini memperoleh balasan dari Allah SWT. Penulis berharap tesis ini dapat memberikan manfaat, baik bagi kepentingan pengembangan ilmu hukum secara umum maupun kepentingan pengembangan ilmu hukum pada bidang kesehatan.

Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakaatuh.

Malang, 24 Januari 2020

Penulis,

Rezky Ami Cahyaharnita

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR TABEL	iv
ABSTRAK.....	v
ABSTRACT.....	vi
Latar Belakang	1
Perumusan Masalah	6
Tinjauan Pustaka	6
A. Jaminan Kesehatan Nasional	6
B. Teori Kegawatdaruratan.....	7
C. Pelayanan Kegawatdaruratan Dalam Jaminan Kesehatan Nasional.....	8
D. Teori Asas-Asas Umum Pemerintahan Yang Baik.....	11
Metode Penelitian	13
A. Jenis Penelitian	13
B. Pendekatan Penelitian.....	13
C. Sumber dan Bahan Hukum	14
D. Teknik Pengumpulan Bahan Hukum.....	15
E. Teknik Analisis Hukum	15
Hasil Pembahasan.....	15
A. Tinjauan Permenkes No. 47 Tahun 2018 Berdasarkan Peraturan Perundang-undangan.....	15
B. Tinjauan Permenkes No. 47 Tahun 2018 Berdasarkan Kendali Mutu Kendali Biaya.....	22
C. Tinjauan Permenkes No.47 Tahun 2018 Berdasarkan Asas-Asas Umum Pemerintahan Yang Baik.....	25
Kesimpulan.....	28
Saran.....	29
Rujukan.....	29

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Klasifikasi Pelayanan IGD	9
Tabel 2. Kualifikasi Tenaga Gawat Darurat.....	9
Tabel 3. Pembahasan Permenkes No. 47 Tahun 2018 dengan Peraturan Kesehatan Lainnya.....	16



**ANALISIS SUBSTANTIF PERMENKES NO. 47 TAHUN 2018 TENTANG
PELAYANAN KEGAWATDARURATAN DALAM JAMINAN
KESEHATAN NASIONAL**

REZKY AMI CAHYAHARNITA

rezkyami@yahoo.com

Dr. Fifik Wiryani (NIDN. 0028056701)

M. Nasser, D-Law (NIDN. 8858311019)

Magister Ilmu Hukum

Direktorat Program Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Malang

Abstrak

Prioritas pelayanan di IGD menggunakan *triage*. Peraturan tentang kegawatdaruratan tertulis dalam Permenkes Nomor 47 Tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan. Dalam era jaminan kesehatan nasional, fasilitas pelayanan kesehatan harus mampu menyesuaikan antara keuangan dan memberikan pelayanan kesehatan berkualitas sesuai peraturan yang berlaku. Rumusan masalah penelitian ini adalah bagaimana Permenkes No. 47 Tahun 2018 tentang pelayanan kegawatdaruratan dalam pelaksanaan jaminan kesehatan nasional ditinjau dari perspektif peraturan perundang-undangan terkait kesehatan, kendali mutu kendali biaya, Asas-Asas Umum Pemerintahan Yang Baik. Jenis penelitian ini merupakan penelitian yuridis normatif dengan pendekatan perundang-undangan, pendekatan konsep, pendekatan perbandingan dan pendekatan kasus. Penelitian menggunakan data sekunder, teknik pengumpulan menggunakan studi pustaka, analisis data menggunakan metode kualitatif. Pelayanan kesehatan dalam keadaan gawat darurat memiliki tiga pilar yang harus dilakukan, yaitu penguatan sistem kesehatan, pembiayaan yang dapat diprediksi dan andal dan memperkuat kemitraan dan koordinasi melalui pembentukan fasilitas pelayanan kesehatan yang mencakup tenaga kesehatan nasional dan internasional. Sistem pelayanan kegawatdaruratan dalam pelaksanaan jaminan kesehatan harus memastikan perawatan tepat waktu. Tata kelola dilakukan dengan tujuan strategis sesuai prinsip *Good Governance*. Permenkes No. 47 Tahun 2018 tidak mencantumkan tentang kendali mutu kendali biaya, tidak menjelaskan tentang kriteria level penanganan kegawatdaruratan berdasarkan tipe kelas rumah sakit, belum ada sinkronisasi Pelaksanaan Asas-Asas Umum Pemerintahan Yang Baik.

Kata Kunci : Kegawatdaruratan, JKN, Kendali Mutu Kendali Biaya, AUPB

**SUBSTANTIVE ANALYSIS OF PERMENKES NO. 47 OF 2018
CONCERNING EMERGENCY SERVICES IN NATIONAL HEALTH
GUARANTEE**

REZKY AMI CAHYAHARNITA

rezkyami@yahoo.com

Dr. Fifik Wiryani (NIDN. 0028056701)

M. Nasser, D-Law (NIDN. 8858311019)

Magister Ilmu Hukum

Direktorat Program Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Malang

Abstract

Priority service in the emergency room uses triage. Regulations regarding emergencies are written in Permenkes No. 47 of 2018 regarding Emergency Services. In the era of national health insurance, health care facilities must be able to adjust between financial and health service delivery in accordance with applicable regulations. The formulation of the research problem is how Permenkes No. 47 of 2018 concerning emergency services in the implementation of national health insurance from the perspective of legislation related to health, quality assurance support, General Principles of Good Governance. This type of research is a normative juridical study with the approvals, conceptual approvals, and proposed approvals. Research using secondary data, techniques used using literature study, data analysis using qualitative methods. Health services in emergencies Emergency services have three pillars that must be carried out, namely improving the health system, predictable and reliable funding and strengthening partnerships and coordination through the construction of health facilities that involve national and international health workers. The emergency care system in implementing health insurance must ensure timely treatment. Governance is carried out with strategic objectives according to the principles of Good Governance. Permenkes No. 47 of 2018 does not include a quality agreement, does not explain the criteria for emergency management based on hospital class, there is no implementation of General Principles of Good Governance.

Keywords: Emergency, National Health Insurance, Quality & Cost Control, Good Governance

Latar Belakang

Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan pintu utama penanganan gawat darurat di rumah sakit ¹. Kunjungan pasien di IGD terus bertambah setiap tahun. Peningkatan terjadi sekitar 30% di seluruh rumah sakit dunia ². Data kunjungan pasien ke IGD di Indonesia adalah 4.402.205 pasien (13,3%) dari total seluruh kunjungan di rumah sakit umum ³. Data kunjungan pasien IGD di provinsi Jawa Timur pada tahun 2014 berjumlah 8.201.606 kasus ⁴. Peningkatan usia lanjut sebanding dengan jumlah kunjungannya ke IGD. Hampir 25% orang yang berusia lebih dari 65 tahun mengunjungi IGD minimal sekali setahun. Sekitar 8% pasien lanjut usia melakukan kunjungan berulang ke IGD ⁵. Kualitas pelayanan di IGD merupakan salah satu cakupan mutu pelayanan di rumah sakit. Perwujudan kualitas pelayanan di IGD tampak dari prioritas pelaksanaan terapi pada pasien. ⁶

Prioritas pelayanan di IGD menggunakan *triage*. *Triage* merupakan proses memilah pasien menurut tingkat keparahannya. Faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan *triage* adalah faktor kinerja, pasien dan ketenagaan ⁷. Kualitas pelayanan dapat tercapai bila terjalin kerjasama yang baik antara pasien dan tenaga kesehatan. Hal ini dapat tercapai bila terdapat tujuan yang jelas, perencanaan, pendidikan, pelatihan, ketersediaan sumber daya manusia, manajemen yang baik antara karyawan dan prosesnya. ⁸ Koordinasi multi disiplin dilakukan dengan

¹ Oliviani Phrystika Timporok, Mulyadi, and Reginus Malara, "Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Waktu Tunggu Pasien Di Instalasi Gawat Darurat Medik RSUP PROF. DR. R. D. Kandou Manado," *Jurnal Keperawatan* 3, no. 2 (2015): 1–8.

² Osnat Bashkin et al., "Organizational Factors Affecting Length of Stay in the Emergency Department: Initial Observational Study," *Israel Journal of Health Policy Research* 4, no. 1 (2015): 1–7, <http://dx.doi.org/10.1186/s13584-015-0035-6>.

³ Menteri Kesehatan RI, *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, Menteri Hukum Dan HAM RI*, vol. 3 (Indonesia, 2014), <http://journal.stainkudus.ac.id/index.php/equilibrium/article/view/1268/1127>.

⁴ Dinkes Prov Jatim, "Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2014," last modified 2015, accessed April 12, 2019, <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>.

⁵ Rizka A, "Performa Rapid Emergency Medicine Score (REMS) Dalam Memprediksi Mortalitas 30 Hari Pasien Usia Lanjut Di Instalasi Gawat Darurat," *Jurnal Penyakit Dalam Indonesia* 4, no. 2 (2017): 62–67.

⁶ N Ainiyah, Ahsan, and M Fathoni, "Analisis Faktor Pelaksanaan Triage Di Instalasi Gawat Darurat," *Jurnal Ners* 10, no. 1 (2015): 147–157.

⁷ Ibid.

⁸ Ali Mohammad Mosadeghrad, "Factors Influencing Healthcare Service Quality," *International Journal of Health Policy and Management* 3, no. 2 (2014): 77–89, http://www.ijhpm.com/article_2864_607.html.

menerapkan integrasi semua disiplin ilmu dalam strukturnya sesuai dasar hukum yang berlaku.⁹

Dasar hukum berpengaruh dalam mencegah munculnya sengketa medis. Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan yang berlaku sejak 31 Desember 2018 sesuai tanggal diundangkan. Peraturan ini merupakan pembaruan dari Keputusan Menteri Kesehatan No.856/Menkes/SK/IX/2009 tentang standar IGD Rumah Sakit. Namun, dalam pelaksanaannya seringkali tidak sesuai dengan peraturan yang ditetapkan¹⁰.

Penelitian yang dilakukan Astuti (2017) menyebutkan bahwa di RSUD Blora hanya menerapkan empat dari delapan indikator standar pelayanan minimal berdasarkan Kepmenkes No. 856/ Menkes/ SK/ IX/ 2009¹¹. Penelitian Purnomo (2016) di RSU Habibullah Grobogan menemukan ada enam indikator tidak sesuai standar¹². Hasil penelitian Rahayu (2016) di RS Harjono Ponorogo didapatkan dua indikator yang tidak sesuai standar. Hal ini menyebabkan pelayanan tidak optimal¹³.

Instalasi gawat darurat merupakan sasaran awal terjadinya potensi komplain. Hal yang dapat dilakukan untuk mengurangi potensi komplain adalah meningkatkan mutu pelayanan dengan peraturan administrasi sederhana, adanya sarana prasarana dan tenaga kesehatan yang sesuai standar¹⁴. Penelitian Sunggu, 2016 menyebutkan bahwa selama dua tahun terjadi lima kasus sengketa medis pada pelayanan gawat darurat¹⁵. Kepuasan pasien dapat menghindarkan tenaga

⁹ Matt L Marietta, "The Lessons of Comprehensive Emergency Management Theory for International Humanitarian Intervention," *Political Science Dissertations* (Georgia State University, 2012).

¹⁰ Anton Christian Ompu Sunggu, "Perlindungan Hukum Bagi Dokter Pada Pelayanan Kegawatdaruratan Di Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda," *Jurnal Idea Hukum* 2, no. 1 (2016): 63–75.

¹¹ Sri Widi Astuti, Septo Pawelan Arso, and Eka Yunila Fatmasari, "Analisis Proses Perencanaan Dan Evaluasi Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal Instalasi Gawat Darurat Di RSUD DR. R Soetijono Blora" 5, no. 61 (2017).

¹² Muhammad Purnomo, "Pencapaian Standar Pelayanan Gawat Darurat Di RSU Habibullah Berdasarkan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Tahun 2014," *University Research Colloquium* 3, no. 1 (2016): 144–158.

¹³ Ibid.

¹⁴ Timporok, Mulyadi, and Malara, "Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Waktu Tunggu Pasien Di Instalasi Gawat Darurat Medik RSUP PROF. DR. R. D. Kandou Manado."

¹⁵ Sunggu, "Perlindungan Hukum Bagi Dokter Pada Pelayanan Kegawatdaruratan Di Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda."

kesehatan dari permasalahan sengketa medik. Oleh karena itu diperlukan sumber daya manusia yang kompeten dan strategi dalam manajemen yang diwujudkan dalam standar pelayanan ¹⁶.

Standar pelayanan minimal (SPM) merupakan kepentingan dasar warga negara ¹⁷. Aspek pokok yang harus diperhatikan, yaitu perangkat organisasi yang dipergunakan (*mechanic of planning*), hasil dari pekerjaan perencanaan (*outcome of planning*) dan langkah melakukan pekerjaan perencanaan (*process of planning*). Pelaksanaan SPM di rumah sakit seringkali belum sesuai dengan dasar hukum yang ada ¹⁸. Pelaksanaan SPM mengalami berbagai permasalahan, yaitu inkonsistensi antara judul indikator, definisi operasional, perbedaan pencapaian cakupan, sosialisasi, advokasi, monitoring dan evaluasi ¹⁹.

Pelayanan kesehatan harus dijaga maupun ditingkatkan kualitasnya sesuai standar pelayanan yang berlaku.²⁰ Dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dalam Ketentuan Umum Pasal 1 ayat 12 dirumuskan pengertian mengenai upaya kesehatan yaitu kegiatan terpadu, terintegrasi untuk peningkatan kesehatan oleh pemerintah dan/atau masyarakat”.²¹ Kebijakan reformasi pemerintahan menuntut pelaksanaan asas umum pemerintahan yang baik. Pelaksanaan tugas kesejahteraan umum administrasi negara bidang kesehatan memerlukan kebebasan. Sebagai konsekuensi dari melekatnya fungsi servis publik (*bestuuszorg*), maka administrasi negara harus menerima tanggung jawab positif dalam hal menciptakan dan mendistribusikan tingkat pendapatan maupun kekayaan, serta menyediakan program kesejahteraan rakyat termasuk dalam bidang kesehatan. Melalui upaya-upaya itu eksistensi pemerintah hampir di seluruh dunia,

¹⁶ Joanna Rosak-szyrocka, “Employee’s Motivation at Hospital as a Factor of the Organizational Success: Personnel’s Motivation and Engagement in the Health Care,” *Human Resources Management & Ergonomics* 8, no. 2 (2014): 56–59.

¹⁷ Imam Sujono, “Mutu Pelayanan Instalasi Gawat Darurat RSUD DR.H.Soemarno Sosroatmojo (Tesis)” (Universitas Terbuka Jakarta, 2015).

¹⁸ Astuti, Arso, and Fatmasari, “Analisis Proses Perencanaan Dan Evaluasi Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal Instalasi Gawat Darurat Di RSUD DR. R Soetijono Blora.”

¹⁹ Harimat Hendarwan, Rosita, and Oster Suriani, “Analisis Implementasi Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Kabupaten / Kota,” *Jurnal Ekologi Kesehatan* 14, no. 4 (2015): 367–380.

²⁰ Rahmi Wahyuni and Atik Nurwahyuni, “Gambaran Kepuasan Peserta BPJS Kesehatan Terhadap Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Di Rumah Sakit Palang Merah Indonesia Bogor Tahun 2014” (2014): 1–19.

²¹ *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan* (Indonesia, 2009).

tumbuh menjadi suatu pemerintah yang besar dan kuat, baik itu di dalam ruang lingkup fungsi maupun jumlah personal yang dibutuhkannya untuk melaksanakan tanggung jawabnya sesuai asas umum pemerintahan yang baik.²²

Permenkes No. 47 Tahun 2018 disusun dengan menimbang dan mengingat beberapa peraturan yang telah berlaku sebelumnya.²³ Pada Permenkes No. 47 Tahun 2018 pasal 12 ayat 1 dan 2, dokter atau dokter gigi adalah penanggung jawab pelayanan kegawatdaruratan. Sedangkan pada ayat 3 disebutkan bahwa penanggung jawab adalah dokter atau dokter spesialis.²⁴ Permenkes No. 47 Tahun 2018 hanya menyebutkan pelayanan kegawatdaruratan dibagi menjadi empat kategori, yaitu level I, II, III, dan IV.²⁵ Pada Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit Pasal 29 ayat 1 huruf c disebutkan bahwa rumah sakit mempunyai kewajiban memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya. Rumah sakit memiliki dua jenis yaitu Rumah Sakit Umum yang terdiri dari empat klasifikasi dan Rumah Sakit Khusus yang terdiri dari tiga klasifikasi.²⁶ Dalam Permenkes No. 47 Tahun 2018 tidak dijelaskan tentang level pelayanan apa yang sesuai dengan kelas rumah sakit tersebut. Dalam Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 dan Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional pasal 24 ayat 3 menyebutkan bahwa perlu sistem kendali mutu dan kendali biaya dalam pelayanan kesehatan, namun hal ini tidak tercantum dalam Permenkes No. 47 Tahun 2018 sehingga tidak ada batasan jelas tentang arti kendali mutu kendali biaya dalam upaya tindakan medis segera untuk penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan.²⁷

Pelayanan kegawatdaruratan juga tercantum dalam peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan). Sinkronisasi ada dengan munculnya Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 1 Tahun 2019 yang berisi

²² Idup Suhady, "Kepemerintahan Yang Baik" Modul Diklat Prajabatan Gol. I Dan II, Lembaga Administrasi Negara – Republik Indonesia" (2009): 67–68.

²³ Presiden Republik Indonesia, *Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan*, 2018.

²⁴ Menteri Kesehatan RI, *Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 47 Tahun 2018 Tentang Pelayanan Kegawatdaruratan* (Indonesia, 2018).

²⁵ Ibid.

²⁶ *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan*.

²⁷ Republik Indonesia, *Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional* (Indonesia, 2004).

Pencabutan Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 1 Tahun 2018. Prosedur penggantian biaya pelayanan gawat darurat diatur dalam Peraturan BPJS Nomor 7 Tahun 2018 tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan. Peraturan BPJS No. 1 Tahun 2019 berlaku sejak tanggal diundangkan yaitu 12 Maret 2019. Dalam keadaan gawat darurat, Fasilitas Kesehatan apapun dilarang meminta atau menarik biaya kepada Peserta. Pelayanan gawat darurat medis di FKRTL (Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan) diberikan di FKRTL tanpa memerlukan surat rujukan dari FKTP maupun FKRTL.²⁸ Pelayanan kesehatan merupakan hak seluruh masyarakat. Hal ini telah tercantum dalam UUD 1945 Pasal 28 Ayat 1, “Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.” Pemerintah telah berupaya mewujudkannya melalui program BPJS Kesehatan.²⁹

Dalam keadaan darurat maka pelayanan kesehatan memiliki tiga pilar yaitu penguatan sistem kesehatan, pembiayaan yang dapat diprediksi dan andal dan memperkuat kemitraan dan koordinasi melalui pembentukan cluster kesehatan yang mencakup fasilitas kesehatan nasional dan internasional, dengan WHO sebagai pusat pimpinan.³⁰ Sistem perawatan keadaan gawat darurat dalam pelaksanaan jaminan kesehatan atau *Universal Health Coverage* (UHC) harus memastikan perawatan tepat waktu untuk orang dalam keadaan sakit akut dan terluka.³¹ Dalam era jaminan kesehatan nasional, fasilitas pelayanan kesehatan harus mampu menyesuaikan antara keuangan dan memberikan pelayanan kesehatan berkualitas sesuai peraturan yang berlaku. Hal ini sesuai dengan maksud dan tujuan pentingnya seorang dokter menerapkan kendali mutu kendali biaya.³² Berdasarkan uraian tersebut, maka diperlukan penelitian lebih lanjut tentang peraturan pelayanan kegawatdaruratan dalam jaminan kesehatan nasional.

²⁸ Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, *Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018 Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan* (Indonesia, 2018).

²⁹ Wahyuni and Nurwahyuni, “Gambaran Kepuasan Peserta BPJS Kesehatan Terhadap Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Di Rumah Sakit Palang Merah Indonesia Bogor Tahun 2014.”

³⁰ Ala Alwan, “Universal Health Coverage in the Context of Emergencies” (2013): 27–28.

³¹ WHO, “Emergency Care Systems for Universal Health Coverage : Ensuring Timely Care for the Acutely Ill and Injured,” no. May (2019): 1–5.

³² Presiden Republik Indonesia, *Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan*.

Perumusan Masalah

- (1) Bagaimana Permenkes No. 47 Tahun 2018 tentang pelayanan kegawatdaruratan dalam pelaksanaan jaminan kesehatan nasional ditinjau dari a. Perspektif peraturan perundang-undangan terkait kesehatan ?
b. Perspektif kendali mutu kendali biaya ?
- (2) Bagaimana Permenkes No. 47 Tahun 2018 ditinjau dari perspektif Asas-Asas Umum Pemerintahan Yang Baik sesuai Undang-Undang No. 30 Tahun 2014 ?

Tinjauan Pustaka

A. Jaminan Kesehatan Nasional

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) bertujuan untuk memberi kesejahteraan sosial dan perlindungan bagi seluruh rakyat Indonesia dan memberikan manfaat yang lebih besar bagi setiap peserta ³³. SJSN dibentuk berdasarkan hak asasi manusia, pengembangan diri sebagai manusia yang bermanfaat, terpenuhinya kebutuhan hidup dasar. Landasan yuridis penyelenggaraan SJSN adalah UUD Negara Republik Indonesia Pasal 34 ayat (2) diatur dalam Perubahan Keempat UUD NKRI 1945, Pasal 28H ayat (3) diatur dalam Perubahan Kedua UUD NKRI 1945 ³⁴. Budaya asuransi sosial perlu dibangun untuk menanamkan keyakinan publik terhadap penyelenggaraan program jaminan sosial nasional yaitu menanamkan kewajiban membayar iuran secara rutin ³⁵. Ada dua hal yang dapat menjadi pertimbangan pemerintah yaitu membangun strategi *social marketing* dan penguatan *capability building*. Sistem SJSN kesehatan yang bersifat *full cover* artinya peserta mendapatkan jasa layanan kesehatan gratis akan menyebabkan peningkatan permintaan jasa layanan. Sistem ini menyebabkan *moral hazard* yaitu peserta tidak melakukan kegiatan preventif menjaga kesehatan karena saat sakit

³³ Republik Indonesia, *Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional*.

³⁴ Asih Eka Putri, *Paham SJSN (Sistem Jaminan Sosial Nasional)*, Cetakan 1. (Jakarta: CV Komunitas Peajten Mediatama, 2014).

³⁵ Ibid.

maka semuanya akan ditanggung oleh BPJS kesehatan.³⁶ Pelaksanaan hukum yang kuat dan efektif merupakan kunci keberhasilan dalam penyelenggaraan sistem jaminan sosial.³⁷

UU BPJS yaitu UU No. 24 tahun 2011 adalah dasar hukum bagi pembentukan badan penyelenggara jaminan sosial. BPJS bertanggungjawab kepada Presiden³⁸. Pasal 4 dirumuskan tentang asas atau prinsip penyelenggaraan jaminan sosial nasional yakni bahwa “BPJS menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional berdasarkan prinsip kegotongroyongan, nirlaba, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, portabilitas, kepesertaan bersifat wajib, dana amanat dan hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta³⁹.

B. Teori Kegawatdaruratan

Sistem manajemen darurat nasional di Amerika Serikat dikembangkan selama 1970 bersamaan dengan dinyatakan sebagai manajemen darurat yang komprehensif. Sistem ini dilakukan dengan menerapkan integrasi semua disiplin ilmu dalam strukturnya. Pentingnya menanamkan kesadaran tentang penanganan multi disiplin ilmu pengetahuan dapat meningkatkan profesionalitas tenaga kesehatan. Hal ini menuntut tatalaksana yang lebih fokus pada koordinasi interdisipliner daripada hanya satu aspek ilmu pengetahuan.⁴⁰

Program manajemen kualitas yang kuat untuk pelayanan kegawatdaruratan meliputi lima aspek yang perlu dievaluasi secara berkelanjutan, yaitu data sensus, matriks perbandingan, data operasional, audit terfokus pada proyek tertentu dan penyedia data khusus. Dokter diharapkan kompetitif ke arah perbaikan kualitas keilmuan. Pemanfaatan sumber daya dapat dipelajari oleh departemen dan

³⁶ Zamroni Salim, “Menggapai Kesejahteraan Bersama Melalui SJSN : Bisakah Dengan Payung Robek ?,” *Kajian Kebijakan*, no. June 2015 (2013): 1–13.

³⁷ H. Bambang Purwoko, “Penyelenggaraan Sistem Jaminan Sosial (SJS) Di Indonesia Dalam Perspektif Internasional,” *E-Journal WIDYA Ekonomika* 1, no. 1 (2016): 75–85.

³⁸ Irwandy, “Kajian Literature: Evaluasi Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional Di Indonesia,” *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia : JKKI* 5, no. 3 (2016): 110–114, <https://jurnal.ugm.ac.id/jkki/article/view/30650>.

³⁹ Endang Wahyati Yustina, “Hak Atas Kesehatan Dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional Dan Corporate Social Responsibility (CSR),” *Jurnal Kisi Hukum: Jurnal Ilmiah Hukum Unika* 14, no. 1 (2015): 1–16.

⁴⁰ Marietta, “The Lessons of Comprehensive Emergency Management Theory for International Humanitarian Intervention.”

penyedia, tetapi sampai ketajaman pasien, sensus, dan beban kerja dapat dikuantifikasi untuk tujuan penyesuaian risiko dan mencapai hasil terbaik.⁴¹ Kepemimpinan di rumah sakit memiliki kekuatan untuk membuat perubahan yang luas untuk mengurangi keluhan klinis terhadap tatalaksana kegawatdaruratan.⁴²

C. Pelayanan Kegawatdaruratan Dalam Jaminan Kesehatan Nasional

Permenkes No. 47 tahun 2018 mengatur tentang peraturan kegawatdaruratan. Pelayanan kegawatdaruratan harus memenuhi kriteria kegawatdaruratan. Kriteria kegawatdaruratan sebagaimana meliputi :

- a. mengancam nyawa, membahayakan diri dan orang lain/lingkungan;
- b. adanya gangguan pada jalan nafas, pernafasan, dan sirkulasi;
- c. adanya penurunan kesadaran;
- d. adanya gangguan hemodinamik; dan/atau
- e. memerlukan tindakan segera.

Klasifikasi pelayanan Instalasi Gawat Darurat berdasarkan Permenkes No. 47 tahun 2018 terdiri dari :

Level I	Level II	Level III	Level IV
Memberikan pelayanan sebagai berikut : 1. Diagnosis & penanganan : permasalahan pada A : Jalan nafas (<i>airway problem</i>) B : Pernafasan (<i>breathing problem</i>) C : Sirkulasi pembuluh darah	Memberikan pelayanan sebagai berikut : 1. Diagnosis & penanganan : permasalahan pada jalan nafas (<i>airway problem</i>), ventilasi pernafasan (<i>breathing problem</i>) dan sirkulasi 2. Melakukan resusitasi dasar, penilaian disability,	Memberikan pelayanan sebagai berikut : 1. Diagnosis & penanganan : permasalahan pada A,B,C dengan alat yang lebih lengkap termasuk ventilator 2. Melakukan resusitasi dasar, penilaian disability, penggunaan obat, EKG, defibrilasi	Memberikan pelayanan sebagai berikut : 1. Diagnosis & penanganan : permasalahan pada A,B,C dengan alat yang lebih lengkap termasuk ventilator 2. Melakukan resusitasi dasar, penilaian disability, penggunaan

⁴¹ John J. Kelly et al., "Emergency Medicine Quality Improvement and Patient Safety Curriculum," *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine* 17 Suppl 2 (2010): 110–129.

⁴² John R. Richards, M. Christien van der Linden, and Robert W. Derlet, "Providing Care in Emergency Department Hallways: Demands, Dangers, and Deaths," *Advances in Emergency Medicine* 2014 (2014): 1–7.

(<i>circulation problem</i>) 2. Melakukan resusitasi dasar, stabilisasi dan evakuasi	penggunaan obat, EKG, defibrilasi 3. Evakuasi dan rujukan antar Fasyankes 4. Bedah emergensi	3. Evakuasi dan rujukan antar Fasyankes 4. ROE (Ruang Observasi Emergensi) 5. Bedah emergensi	obat, EKG, defibrilasi 3. ROE (Ruang Observasi Emergensi) 4. Bedah emergensi 5. Anestesi Emergensi
---	--	---	---

Tabel 1. Klasifikasi Pelayanan IGD

Pelayanan IGD dipengaruhi oleh sumber daya manusia. Dalam hal ini, pemerintah telah menetapkan peraturan standar tenaga kesehatan di IGD, yaitu sebagai berikut ⁴³ :

Kualifikasi Tenaga Gawat Darurat	Level I	Level II	Level III	Level IV
Dokter	<i>On site</i> 24 Jam	<i>On site</i> 24 Jam	<i>On site</i> 24 Jam	<i>On site</i> 24 Jam
Dokter Spesialis	Bedah, Obgyn, Anak, Penyakit Dalam dan / atau spesialis lainnya <i>on call</i>	Bedah, Obgyn, Anak, Penyakit Dalam dan / atau spesialis lainnya <i>on call</i>	Bedah, Obgyn, Anak, Penyakit Dalam dan / atau spesialis lainnya : <i>On Site / on call</i> 24 jam	Bedah, Obgyn, Anak, Penyakit Dalam, Anestesi : <i>on site</i> 24 jam Dokter spesialis lain (<i>on call</i>) Bila tersedia dokter emergensi : <i>On Site</i>
Dokter Subspesialis / Konsultan	-	-	-	<i>On Site / On Call</i>
Perawat	<i>On Site</i> 24 jam kecuali layanan tidak 24 jam (<i>on call</i>)	<i>On Site</i> 24 jam	<i>On Site</i> 24 jam	<i>On Site</i> 24 jam
Tenaga kesehatan lain dan tenaga nonkesehatan	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan	Sesuai kebutuhan

⁴³ Menteri Kesehatan RI, Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 47 Tahun 2018 Tentang Pelayanan Kegawatdaruratan.

Tabel 2. Sumber Daya Manusia di IGD

Pelayanan kegawatdaruratan dilakukan intrafasilitas dan antarfasilitas pelayanan kesehatan. Pelayanan kegawatdaruratan di rumah sakit (intrafasilitas), terdiri atas beberapa kategori pelayanan kegawatdaruratan yaitu level I, II, III dan IV. Pelayanan Kegawatdaruratan yang minimal mempunyai kemampuan:

1. Memberikan pelayanan dua puluh empat jam dalam sehari dan tujuh hari dalam seminggu untuk Rumah Sakit.
2. Memberikan pelayanan Kegawatdaruratan sesuai jam operasional untuk Puskesmas, Klinik, dan tempat praktik mandiri Dokter, Dokter Gigi, dan tenaga kesehatan.
3. Menangani Pasien segera mungkin setelah sampai di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
4. Memberikan Pelayanan Kegawatdaruratan berdasarkan kemampuan pelayanan, sumber daya manusia, sarana, prasarana, obat dan bahan medis habis pakai, dan alat kesehatan.
5. Prioritas tingkat kegawatdaruratan berdasarkan proses triase ⁴⁴.

Keberhasilan penanganan kegawatdaruratan ditentukan dari satu jam pertama penanganan kegawatdaruratan (*The Golden Hour*). ⁴⁵ Peraturan BPJS nomor 1 tahun 2018 mengatur tentang penilaian kegawatdaruratan dan prosedur penggantian biaya pelayanan gawat darurat ⁴⁶. Namun peraturan ini dinyatakan dicabut dengan terbitnya Peraturan BPJS No. 1 Tahun 2019 tentang pencabutan Peraturan BPJS No. 1 Tahun 2018. Dalam peraturan BPJS No. 1 Tahun 2019 dinyatakan bahwa ketentuan mengenai penilaian kegawatdaruratan telah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 47 Tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan. Prosedur penggantian biaya pelayanan gawat darurat diatur dalam Peraturan BPJS Nomor 7 Tahun 2018 tentang Pengelolaan Administrasi

⁴⁴ Ibid.

⁴⁵ Ibid.

⁴⁶ Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, *Peraturan BPJS Nomor 1 Tahun 2018 Tentang Penilaian Kegawatdaruratan Dan Prosedur Penggantian Biaya Pelayanan Gawat Darurat* (Indonesia, 2018).

Klaim Fasilitas Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan. Peraturan BPJS No. 1 Tahun 2019 berlaku sejak tanggal diundangkan yaitu 12 Maret 2019 ⁴⁷.

Manfaat pelayanan gawat darurat medis yang diberikan meliputi :

- a. administrasi pelayanan;
- b. pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi medis;
- c. pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
- d. pelayanan alat kesehatan;
- e. pelayanan penunjang diagnostik sesuai dengan indikasi medis;
- f. pelayanan darah;
- g. akomodasi sesuai dengan indikasi medis; dan
- h. pelayanan ambulan antar Fasilitas Kesehatan ⁴⁸.

D. Teori Asas-Asas Umum Pemerintahan Yang Baik

Asas-Asas Umum Pemerintahan yang Baik (AUPB) disebutkan UU No. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, ditambahkan dua asas tambahan yaitu efisiensi dan efektivitas, namun tidak terdapat penjelasan di dalam undang-undang tersebut. AUPB terbagi dalam dua bagian, yaitu asas yang bersifat formal atau prosedural dan asas yang bersifat material atau substansial. Asas-asas yang bersifat formal berkenaan dengan prosedur yang harus dipenuhi dalam setiap pembuatan keputusan, pertimbangan serta susunan keputusan. ⁴⁹ Macam-macam AUPB adalah sebagai berikut :

- a. Asas kepastian hukum : setiap keputusan yang telah dikeluarkan oleh pemerintah tidak untuk dicabut kembali, sampai dibuktikan sebaliknya dalam proses peradilan.
- b. Asas keseimbangan : mengharapkan keseimbangan antara hukuman jabatan dan kelalaian atau kealpaan seorang pegawai dan menghendaki adanya kriteria yang jelas mengenai kualifikasi pelanggaran.

⁴⁷ Direktur Utama BPJS, *Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2019 Tentang Pencabutan Peraturan BPJS Nomor 1 Tahun 2018 Tentang Penilaian Kegawatdaruratan Dan Prosedur Penggantian Biaya Pelayanan Gawat Darurat* (Indonesia, 2019).

⁴⁸ Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, *Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018 Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan*.

⁴⁹ Ridwan HR, *Hukum Administrasi Negara*, 11th ed. (Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada, 2014).

- c. Asas kesamaan dalam mengambil keputusan : asas ini menghendaki agar badan pemerintahan mengambil tindakan yang sama (dalam arti tidak berentangan) atas kasus-kasus yang faktanya sama.
- d. Asas bertindak cermat : asas ini menghendaki agar pemerintah atau administrasi bertindak cermat dalam melakukan berbagai aktivitas penyelenggaraan tugas-tugas pemerintahan sehingga tidak menimbulkan kerugian bagi warga negara.
- e. Asas motivasi untuk setiap keputusan : asas ini menghendaki agar setiap keputusan badan-badan pemerintahan harus mempunyai motivasi atau alasan yang cukup sebagai dasar dalam menerbitkan keputusan.
- f. Asas tidak mencampuradukan kewenangan : asas ini menghendaki agar pejabat tidak keluar dari tiga kewenangannya yaitu dari segi material, wilayah dan waktu.
- g. Asas permainan yang layak : asas ini menghendaki agar warga negara diberi kesempatan yang seluas-luasnya untuk mencari kebenaran dan keadilan, membela diri dengan argumentasi.
- h. Asas keadilan dan kewajaran : asas ini menuntut tindakan secara proporsional, sesuai, seimbang, dan selaras dengan hak setiap orang.
- i. Asas kepercayaan dan menanggapi pengharapan yang wajar : asas ini menghendaki agar setiap tindakan yang dilakukan oleh pemerintah harus menimbulkan harapan-harapan bagi warga negara.
- j. Asas meniadakan akibat suatu keputusan yang batal : asas ini berkaitan dengan pegawai yang dipecat dari pekerjaannya dengan suatu surat keputusan.
- k. Asas perlindungan atas pandangan atau cara hidup pribadi : asas ini merupakan wujud dari perlindungan hak asasi.
- l. Asas kebijaksanaan : pemerintah dituntut untuk bertindak cepat, berpandangan luas dan jauh serta mampu memperhitungkan akibat yang muncul.

- m. Asas penyelenggaraan kepentingan umum : asas ini menghendaki agar selalu mengutamakan kepentingan yang mencakup semua aspek kehidupan orang banyak.⁵⁰

Prinsip utama unsur *Good Governance* adalah akuntabilitas, transparansi, partisipasi, dan supremasi hukum aparat birokrasi.⁵¹ AUPB pada dasarnya merupakan norma hukum (tertulis) dan atau norma etik (tidak tertulis) yang khusus berlaku di lingkungan administrasi pemerintahan. AUPB berfungsi sebagai pedoman atau penuntun bagi pemerintah atau pejabat administrasi pemerintahan dalam rangka mewujudkan pemerintahan yang bersih, stabil, dan baik (*clean, stable and good governance*).⁵²

Metode Penelitian

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini merupakan penelitian yuridis normatif. Menurut kutipan Mahmud Marzuki, penelitian normatif atau doktrinal adalah penelitian yang memberikan penjelasan sistematis aturan yang mengatur suatu kategori hukum tertentu.⁵³

B. Pendekatan Penelitian

Pendekatan penelitian yang digunakan adalah pendekatan perundang-undangan (*statute approach*), pendekatan konsep (*conseptual approach*), pendekatan perbandingan (*comparative approach*), dan pendekatan kasus (*case approach*). Pendekatan perundang-undangan dilakukan dengan menelaah semua regulasi yang berkait dengan isu hukum yang ditangani. Pendekatan konsep memberikan sudut pandang analisis penyelesaian permasalahan berdasarkan latar belakangnya. Pendekatan perbandingan adalah membandingkan dengan peristiwa yang pernah terjadi. Pendekatan kasus dilakukan dengan melakukan telaah terhadap

⁵⁰ Ibid.

⁵¹ Sedarmayanti, *Reformasi Administrasi Publik, Reformasi Birokrasi, Dan Kepemimpinan Masa Depan*, ed. Sabda Ali Mifka, 4th ed. (Bandung: PT. Refika Aditama, 2017).

⁵² Cekli Setya Pratiwi et al., "Penjelasam Hukum: Asas-Asas Umum Pemerintahan Yang Baik (AUPB)," *Judicial Sector Support Program* (2016): 1–132.

⁵³ Peter Mahmud Marzuki, *Penelitian Hukum* (Jakarta: Kencana Prenada Media Group, 2011).

kasus-kasus yang telah menjadi putusan pengadilan dan mempunyai kekuatan hukum yang tetap.⁵⁴

C. Sumber dan Bahan Hukum

Dalam penelitian ini menggunakan data sekunder yang berasal dari bahan hukum primer, sekunder dan tersier. Bahan hukum primer yang digunakan adalah peraturan perundang-undangan, naskah-naskah resmi, dan keputusan yang memiliki hukum tetap. Bahan hukum primer dalam penelitian ini, yaitu :

1. Undang-Undang Dasar 1945
2. Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran
3. Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
4. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan
5. Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit
6. Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
7. Undang-Undang No. 30 Tahun 2014 Tentang Administrasi Pemerintahan
8. Undang-Undang No. 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan
9. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2016 Tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan
10. Peraturan Presiden Republik Indonesia No. 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan
11. Peraturan Menteri Kesehatan No. 2052/MENKES/PER/X/2011 Tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran
12. Peraturan Menteri Kesehatan No. 47 Tahun 2018 Tentang Pelayanan Kegawatdaruratan
13. Peraturan BPJS Kesehatan No. 7 Tahun 2018 Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan
14. Peraturan BPJS Kesehatan No. 1 Tahun 2019 Tentang Pencabutan Peraturan BPJS Kesehatan No. 1 Tahun 2018 Tentang Penilaian

⁵⁴ Ibid.

Kegawatdaruratan dan Prosedur Penggantian Biaya Pelayanan Gawat Darurat

Bahan hukum sekunder digunakan sebagai penunjang bahan hukum primer. Sumber bahan hukum sekunder berasal dari makalah, seminar, hasil penelitian, jurnal-jurnal, buku, naskah publikasi yang relevan dengan penelitian ini. Bahan hukum tersier memberikan penjelasan kedua bahan hukum sebelumnya. Bahan hukum tersier meliputi surat kabar, Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), kamus hukum, internet serta tulisan hukum lainnya yang berkaitan dengan penelitian ini.

D. Teknik Pengumpulan Bahan Hukum

Teknik pengumpulan bahan hukum dalam penelitian ini menggunakan teknik studi pustaka, yaitu mengumpulkan data-data untuk dipelajari secara mendalam dan dikaji serta dianalisis.

E. Teknik Analisis Hukum

Teknik analisis data yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah metode kualitatif, yaitu data yang didapatkan dari studi kepustakaan disusun secara sistematis dan dianalisis secara kualitatif untuk mendapatkan penjelasan terhadap masalah yang akan dibahas. Penelitian ini menggunakan metode berpikir deduktif yaitu dengan cara berpikir yang mendasar pada hal-hal yang bersifat umum kemudian ditarik kesimpulan secara khusus.

Hasil Penelitian dan Pembahasan

A. Tinjauan Permenkes No. 47 Tahun 2018 Berdasarkan Perspektif Peraturan Perundang-undangan

Pelayanan kesehatan dalam keadaan gawat darurat memiliki tiga pilar yang harus dilakukan, yaitu penguatan sistem kesehatan, pembiayaan yang dapat diprediksi dan andal dan memperkuat kemitraan dan koordinasi melalui pembentukan fasilitas pelayanan kesehatan yang mencakup tenaga kesehatan nasional dan internasional, dengan WHO sebagai wadah koordinasi. Selain penyediaan perawatan kesehatan esensial yang berkoordinasi dengan pemerintah, fasilitas pelayanan kesehatan memiliki tanggung jawab untuk menyediakan fungsi-

fungsi kesehatan utama untuk masyarakat dan mengatur tempat pemulihan dini. Berdasarkan hal di atas, jelas bahwa prinsip UHC tentang akses yang sama ke layanan-layanan penting dan perlindungan risiko keuangan sepenuhnya konsisten dengan prinsip-prinsip kemanusiaan. Selain itu, sistem kesehatan yang berfungsi dengan baik adalah penting untuk manajemen pelayanan gawat darurat seperti halnya untuk pencapaian UHC. Oleh karena itu, UHC dalam pelayanan gawat darurat dapat dicapai jika prinsip-prinsip kemanusiaan dipatuhi dan dapat diterapkan manajemen pelayanan gawat darurat yang efektif.⁵⁵

Berikut ini adalah pembahasan Permenkes No. 47 Tahun 2018 dengan peraturan-peraturan terkait kesehatan :

No	Pasal dalam Permenkes No. 47 Tahun 2018	Peraturan Lain	Pembahasan
1	Pasal 12 hanya menjelaskan tentang definisi Dokter Penanggung Jawab Pasien	<p>Pasal 3 UU No. 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran : mempertahankan mutu pelayanan dan memberi kepastian hukum⁵⁶</p> <p>Pasal 49 UU No. 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran : setiap dokter yang melaksanakan praktik kedokteran wajib menyelenggarakan kendali mutu dan kendali biaya</p>	Dalam Kode Etik Kedokteran Indonesia Pasal 3 dijelaskan bahwa dalam melakukan pekerjaan kedokteran, seorang dokter tidak boleh dipengaruhi oleh sesuatu yang mengakibatkan hilangnya kebebasan dan kemandirian profesi. ⁵⁷ Oleh karena itu, perlu adanya definisi mengenai kendali mutu kendali biaya agar tidak merugikan pasien dalam memperoleh pengobatan.
2	Pasal 7 : penanganan kegawatdaruratan intrafasilitas kesehatan terdiri atas level I, II, III, IV	Pasal 44 UU No. 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran menyebutkan bahwa standar pelayanan kedokteran dibedakan menurut jenis dan strata sarana pelayanan kesehatan.	Permenkes No. 47 Tahun 2018 membagi level pelayanan gawat darurat menjadi empat tingkatan. Namun, tidak dijelaskan detail level tersebut mewakili pelayanan kesehatan pada tingkatan apa.
3	Pasal 8 : penanganan antarfasilitas kesehatan	Pada pasal 51 UU No. 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran menyebutkan tentang	Sudah sesuai dengan Kode Etik Kedokteran Indonesia Pasal 10 : setiap dokter wajib bersikap tulus ikhlas dan

⁵⁵ Alwan, "Universal Health Coverage in the Context of Emergencies."

⁵⁶ Republik Indonesia, *Praktik Kedokteran* (Indonesia, 2004).

⁵⁷ Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Indonesia (MKEK), "KODE ETIK KEDOKTERAN INDONESIA" (2006): 1–73.

	<p>merupakan tindakan rujukan terhadap pasien dari suatu fasilitas pelayanan kesehatan ke fasilitas pelayanan kesehatan lain yang lebih mampu sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan</p>	<p>kewajiban seorang dokter untuk melakukan pertolongan darurat atas dasar perikemanusiaan, merujuk pasien, menambah ilmu pengetahuan dan mengikuti perkembangan ilmu kedokteran.</p>	<p>mempergunakan segala ilmu dan ketrampilannya untuk kepentingan pasien. Apabila tidak mampu maka atas persetujuan pasien, dokter wajib merujuk kepada dokter yang mempunyai keahlian dalam penyakit tersebut. Pasal 13 disebutkan kewajiban seorang dokter untuk melakukan pertolongan darurat sebagai suatu tugas perikemanusiaan, kecuali bila ia yakin ada orang lain bersedia dan mampu memberikannya.⁵⁸ Permenkes No. 47 Tahun 2018 tidak menjelaskan mengenai peningkatan ilmu pengetahuan. Tenaga kesehatan memerlukan peningkatan ilmu dan teknologi untuk mendapatkan dan meningkatkan pemahaman tentang potensi dan pemanfaatan aktual perawatan darurat. Sedangkan berdasarkan data WHO hal ini belum tercapai. Data yang ada tidak memberikan dukungan yang memadai untuk perencanaan dan alokasi sumber daya yang efektif untuk perawatan darurat. Hal ini dapat dilakukan bersama dengan sumber daya untuk pelatihan dan standar untuk layanan perawatan darurat dan sumber daya di setiap tingkat sistem kesehatan. Hal ini dilakukan untuk memastikan penatalaksanaan tepat waktu dan efektif pada layanan perawatan kesehatan yang menyelamatkan jiwa</p>
--	--	---	---

⁵⁸ Ibid.

			kepada mereka yang membutuhkan. ⁵⁹
4	Pasal 4 : pelayanan kegawatdaruratan meliputi penanganan prafasilitas, intrafasilitas, antarfasilitas kesehatan	Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan Pasal 5 : Setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu dan terjangkau ⁶⁰	Hal tersebut tidak tercantum dalam Permenkes No. 47 Tahun 2018. Pasal 28 H ayat (1) Undang-Undang Dasar 1945 merumuskan bahwa, “Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan bathin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”. ⁶¹ Hak untuk hidup sehat merupakan hak dasar yang harus dijamin, karena pelayanan kesehatan merupakan bagian dari kebutuhan primer setiap manusia. (<i>the right to health care</i>).
5	Pasal 7 : pasien dapat mengakses langsung setiap level penanganan kegawatdaruratan intrafasilitas kesehatan di rumah sakit	Peraturan Presiden No.82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan pasal 47 disebutkan bahwa dalam keadaan gawat darurat, masyarakat berhak mendapatkan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan. ⁶²	JKN di Indonesia menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib (<i>mandatory</i>) berdasarkan Undang-Undang No.40 Tahun 2004 tentang SJSN. Masyarakat berfoku pada tatalaksana kuratif atau pengobatan sehingga datang ke fasilitas kesehatan dalam keadaan gawat darurat ⁶³
6	Pasal 12 hanya menjelaskan tentang definisi Dokter Penanggung Jawab Pasien	PP No. 82 Tahun 2018 Pasal 27 menyebutkan bahwa tenaga kesehatan dalam melaksanakan tugasnya berkewajiban mengembangkan dan meningkatkan pengetahuan dan	Kewajiban ini tercantum dalam Kode Etik Kedokteran Indonesia Pasal 17 yang menyebutkan bahwa setiap dokter harus senantiasa mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran /

⁵⁹ WHO, “Emergency Care Systems for Universal Health Coverage : Ensuring Timely Care for the Acutely Ill and Injured.”

⁶⁰ Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.

⁶¹ Republik Indonesia, *Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia* (Indonesia, 1945).

⁶² Presiden Republik Indonesia, *Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan*.

⁶³ Kementerian Kesehatan RI, *Bahan Paparan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*, 1st ed. (Jakarta: Kementerian Kesehatan RI, 2013).

		keterampilan yang dimiliki.	kesehatan. ⁶⁴ Permenkes No. 47 Tahun 2018 tidak menjelaskan hal tersebut.
7	Pasal 6 : setiap fasilitas kesehatan harus melakukan penanganan kegawatdaruratan intrafasilitas dan antarfasilitas pelayanan kesehatan	UU No. 36 Tahun 2009 Pasal 32 dijelaskan bahwa dalam keadaan gawat darurat maka fasilitas kesehatan wajib memberikan pelayanan kesehatan bagi penyelamatan nyawa pasien dan pencegahan kecacatan terlebih dahulu, dilarang menolak pasien dan/atau meminta uang muka.	Hal ini sudah sesuai dengan yang tertulis dalam Permenkes No. 47 Tahun 2018 dan Peraturan BPJS No. 1 Tahun 2019 dinyatakan bahwa ketentuan mengenai penilaian kegawatdaruratan telah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 47 Tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan. Prosedur penggantian biaya pelayanan gawat darurat diatur dalam Peraturan BPJS Nomor 7 Tahun 2018 tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan. ⁶⁵
8	Pasal 9 hanya menjelaskan jenis pelayanan intrafasilitas pelayanan kesehatan	UU No. 36 Tahun 2009 Pasal 51 menyebutkan tentang upaya kesehatan dalam pelayanan kegawatdaruratan didasarkan pada standar pelayanan minimal kesehatan.	Standar pelayanan minimal (SPM) merupakan kepentingan dasar warga negara. ⁶⁶ Aspek SPM adalah hasil dari pekerjaan perencanaan, perangkat organisasi dan langkah melakukan pekerjaan perencanaan ⁶⁷ . Pelaksanaan SPM mengalami berbagai permasalahan, yaitu inkonsistensi antara judul indikator, definisi operasional, perbedaan pencapaian cakupan, sosialisasi, advokasi,

⁶⁴ Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Indonesia (MKEK), "KODE ETIK KEDOKTERAN INDONESIA."

⁶⁵ Direktur Utama BPJS, *Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2019 Tentang Pencabutan Peraturan BPJS Nomor 1 Tahun 2018 Tentang Penilaian Kegawatdaruratan Dan Prosedur Penggantian Biaya Pelayanan Gawat Darurat.*

⁶⁶ Sujono, "Mutu Pelayanan Instalasi Gawat Darurat RSUD DR.H.Soemarno Sosroatmojo (Tesis)."

⁶⁷ Astuti, Arso, and Fatmasari, "Analisis Proses Perencanaan Dan Evaluasi Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal Instalasi Gawat Darurat Di RSUD DR. R Soetijono Blora."

			monitoring dan evaluasi. ⁶⁸ Pada Permenkes No. 47 Tahun 2018 tidak dijelaskan tentang standar pelayanan minimal yang harus ada di IGD.
9	Pasal 15 hanya membahas pembinaan, pengawasan, monitoring dan evaluasi	UU No. 36 Tahun 2009 Pasal 58 menyebutkan bahwa tuntutan ganti rugi tidak berlaku bagi tenaga kesehatan yang melakukan tindakan penyelamatan nyawa atau pencegahan kecacatan seseorang dalam keadaan darurat.	Hal ini tidak dijelaskan dalam Permenkes No 47 Tahun 2018. Pasal tersebut menjadi perhatian karena tenaga kesehatan yang melakukan pelayanan kegawatdaruratan merupakan tempat utama penanganan pasien.
10	Pelayanan Kegawatdaruratan adalah tindakan medis yang dibutuhkan oleh pasien gawat darurat dalam waktu segera untuk menyelamatkan nyawa dan pencegahan kecacatan.	UU No. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit Pasal 1 menyebutkan bahwa Gawat Darurat adalah keadaan klinis pasien yang membutuhkan tindakan medis segera guna penyelamatan.	Berdasarkan ketentuan WHO, pelayanan kegawatdaruratan bertujuan menurunkan angka kecacatan. Dengan demikian, definisi pelayanan kegawatdaruratan dalam Permenkes No.47 Tahun 2019 sudah mencakup seperti yang disampaikan WHO.
11	Pasal 7 : Pelayanan kegawatdaruratan dibagi menjadi empat kategori, yaitu level I, II, III, dan IV. ⁶⁹	UU No. 44 Tahun 2009 Pasal 29 : Setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya.	Permenkes No. 47 Tahun 2018 belum menjelaskan secara detail level tersebut digunakan pada kelas rumah sakit yang mana. Penentuan level pelayanan kegawatdaruratan ini perlu dilakukan karena kesehatan dapat dicapai dengan penyatuan antara pelayanan elektif, kegawatdaruratan, efektivitas pelayanan dan sikap tenaga kesehatan. ⁷⁰

⁶⁸ Hendarwan, Rosita, and Suriani, "Analisis Implementasi Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Kabupaten / Kota."

⁶⁹ Menteri Kesehatan RI, *Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 47 Tahun 2018 Tentang Pelayanan Kegawatdaruratan*.

⁷⁰ World Health Organization, "Emergency Care Systems for Universal Health Coverage : Ensuring Timely Care for the Acutely Ill and Injured," no. May (2019): 1–5.

12	Pasal 4 : pelayanan kegawatdaruratan dilakukan melalui sistem penanggulangan gawat darurat terpadu sesuai ketentuan perundang-undangan	Permenkes No. 19 Tahun 2016 tentang Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT)	Kedua peraturan tersebut bersinergi. Sistem penanggulangan gawat darurat terpadu terdiri dari <i>Command, Control, Coordination, Communication, Clinical Management, Containment, Continuity, Capability</i> . ⁷¹ Pelayanan gawat darurat terpadu ini menggunakan prinsip kemanusiaan. Tujuannya adalah sinkronisasi identifikasi risiko, manajemen dan evaluasi hasil pelayanan. ⁷²
13	Pasal 5 : Tindakan pertolongan dilakukan di tempat kejadian atau saat evakuasi medik lalu memindahkan pasien ke fasilitas kesehatan yang dibutuhkan	Kepmenkes No. 882/Menkes/SK/X/2009 tentang Pedoman Penanganan Evakuasi Medik. Evakuasi medik gawat darurat adalah upaya untuk memindahkan korban gawat antarfasilitas kesehatan sesuai kebutuhan penderita.	Hal ini sesuai dengan standar WHO pelayanan kegawatdaruratan harus diutamakan dengan menggunakan prinsip kemanusiaan yang bekerjasama dengan berbagai pihak. Dalam keadaan bencana maka pelayanan gawat darurat dilakukan berdasarkan prioritas kegawatan. Setelah diberikan tatalaksana awal maka tenaga kesehatan dapat merujuk ke fasilitas kesehatan yang lebih memadai. ⁷³
14	Pasal 7 : Pelayanan kegawatdaruratan dibagi menjadi empat kategori, yaitu level I, II, III, dan IV. ⁷⁴	UU No. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit Pasal 29 ayat 1 huruf c disebutkan bahwa rumah sakit mempunyai kewajiban memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya.	Permenkes No. 47 Tahun 2018 tidak menjelaskan secara jelas tentang tingkat pelayanan di masing-masing kelas Rumah Sakit. Rumah sakit memiliki dua jenis yaitu Rumah Sakit Umum yang terdiri dari empat klasifikasi dan Rumah Sakit Khusus yang terdiri dari tiga

⁷¹ Amir Khorram-manesh, *HANDBOOK OF DISASTER AND EMERGENCY* Amir Khorram-Manesh, 2017.

⁷² Ibid.

⁷³ Alwan, "Universal Health Coverage in the Context of Emergencies."

⁷⁴ Menteri Kesehatan RI, *Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 47 Tahun 2018 Tentang Pelayanan Kegawatdaruratan*.

			klasifikasi. ⁷⁵ Berdasarkan standar SDG (<i>Sustainable Development Goals</i>) 16 maka negara berkewajiban memberikan keadilan dan pembangunan berkelanjutan di bidang kesehatan. ⁷⁶
--	--	--	--

Tabel 3. Pembahasan Permenkes No. 47 Tahun 2018 dengan Peraturan Kesehatan Lainnya

B. Tinjauan Permenkes No. 47 Tahun 2018 Berdasarkan Perspektif Kendali Mutu Kendali Biaya

Pelayanan gawat darurat adalah bagian penting dari pemberian layanan kesehatan dalam sistem kesehatan. Pelayanan darurat yang dirancang dengan baik adalah yang dapat memfasilitasi pelayanan tepat waktu, manajemen perawatan bagi orang sakit akut pada tingkat yang sesuai dari sistem kesehatan. Dalam standar SDG (*Sustainable Development Goals*) 3, terdapat penjelasan mengenai negara menjamin masyarakat hidup sehat dan meningkatkan kesejahteraan untuk semua usia. Negara mengetahui bahwa perawatan darurat yang terorganisir dengan baik, aman dan berkualitas tinggi adalah mekanisme kunci untuk mencapai berbagai target terkait - termasuk mereka yang memiliki jaminan kesehatan, keselamatan jalan, kesehatan ibu dan anak, penyakit tidak menular, kesehatan mental, dan penyakit menular.⁷⁷

Dalam Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 dan Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional pasal 24 ayat 3 menyebutkan bahwa perlu sistem kendali mutu dan kendali biaya dalam pelayanan kesehatan, namun hal ini tidak tercantum dalam Permenkes No. 47 Tahun 2018 sehingga tidak ada batasan jelas tentang arti kendali mutu kendali biaya dalam upaya tindakan medis segera untuk penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan.⁷⁸ Seringkali ada kesenjangan dan hambatan utama dalam pengelolaan keadaan gawat darurat yang efektif. Penyebabnya adalah sebagian besar negara

⁷⁵ Departemen Kesehatan RI, *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit*, Jakarta, 2009.

⁷⁶ WHO, "Emergency Care Systems for Universal Health Coverage : Ensuring Timely Care for the Acutely Ill and Injured."

⁷⁷ Ibid.

⁷⁸ Republik Indonesia, *Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional*.

tidak cukup siap menghadapi krisis dan keadaan gawat darurat. Pemerintah tidak memiliki rencana dan kapasitas dalam penilaian risiko, kerentanan dan kesiapan di tingkat masyarakat maupun negara. Penyebab kedua adalah kurangnya keamanan yang berakibat kerusakan infrastruktur dan kurangnya akses fasilitas kesehatan. Penyebab ketiga adalah ketidakmampuan profesional kesehatan untuk menjangkau orang yang membutuhkan. Keempat adalah pendanaan.⁷⁹ Dalam kongres yang dilaksanakan WHO dan beberapa negara maju maka didapatkan rekomendasi untuk membuat kebijakan untuk pendanaan berkelanjutan, pemerintahan yang efektif dan akses universal ke tempat yang aman, perawatan darurat berkualitas tinggi, berbasis kebutuhan untuk semua, tanpa memperhatikan faktor sosial budaya, tanpa persyaratan pembayaran sebelum perawatan, dan dalam sistem kesehatan yang lebih luas yang menyediakan perawatan dan layanan esensial yang berkualitas dan perlindungan risiko keuangan sebagai bagian dari cakupan kesehatan universal.⁸⁰

Pelayanan kegawatdaruratan juga tercantum dalam peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan). Prosedur penggantian biaya pelayanan gawat darurat diatur dalam Peraturan BPJS Nomor 7 Tahun 2018 tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan. Peraturan BPJS No. 1 Tahun 2019 berlaku sejak tanggal diundangkan yaitu 12 Maret 2019. Pelayanan gawat darurat medis di FKRTL (Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan) diberikan di FKRTL tanpa memerlukan surat rujukan dari FKTP maupun FKRTL.⁸¹

Sistem perawatan keadaan gawat darurat dalam pelaksanaan jaminan kesehatan atau *Universal Health Coverage* (UHC) harus memastikan perawatan tepat waktu untuk orang dalam keadaan sakit akut dan terluka. Menurut WHO, memperhatikan pentingnya pengaturan sistem kesehatan secara keseluruhan, membedakan antara layanan dan perawatan elektif, layanan dan perawatan non-elektif, dan layanan dan perawatan gawat darurat untuk memenuhi kebutuhan kesehatan populasi dengan cara yang berkelanjutan, efektif dan tepat. Pelayanan

⁷⁹ Alwan, "Universal Health Coverage in the Context of Emergencies."

⁸⁰ WHO, "Emergency Care Systems for Universal Health Coverage : Ensuring Timely Care for the Acutely Ill and Injured."

⁸¹ Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, *Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018 Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan*.

gawat darurat harus terintegrasi untuk memberikan layanan perawatan kesehatan yang mudah diakses, berkualitas, dan tepat waktu untuk penyakit akut dan cedera. Ketepatan waktu adalah komponen penting dari kualitas dan mencegah cacat jangka panjang, infeksi, gangguan mental, eksaserbasi akut penyakit tidak menular, komplikasi akut jika layanan perawatan gawat darurat ada dan pasien dapat menjangkau pelayanan tersebut secara tepat waktu.⁸²

Kerjasama antara swasta dan pemerintah dalam pelaksanaan SJSN kesehatan akan saling bermanfaat. Sumber pembiayaan yang paling potensial untuk mencapai *universal health coverage* adalah melalui realokasi subsidi energi menjadi subsidi pembayaran iuran asuransi kesehatan. Misalnya, realokasi subsidi BBM menjadi subsidi premi asuransi kesehatan. Oleh karena itu diperlukan upaya untuk meningkatkan kepedulian masyarakat melalui edukasi dan sosialisasi kepada masyarakat. Upaya lainnya adalah dengan peningkatan kepatuhan dan penegakan hukum, misalnya memberikan sanksi terhadap pelanggar⁸³.

Beberapa hal yang diperlukan dalam penanganan di Instalasi Gawat Darurat adalah sebagai berikut :

- (i) Peningkatan efisiensi dan kecepatan triase.
- (ii) Pendaftaran dapat di tempat tidur.
- (iii) Peningkatan staf perawat dan teknisi selama periode volume tinggi.
- (iv) Peningkatan cakupan dokter selama volume tinggi.
- (v) Perluasan ruang gawat darurat dan jumlah tempat tidur.
- (vi) Perluasan jalur cepat, jalur tengah, dan jasa perawatan darurat.
- (vii) Gunakan kursi daripada tempat tidur untuk pasien yang bisa duduk untuk memaksimalkan ruang.
- (viii) Unit observasi untuk pasien gawat darurat jangka pendek.
- (ix) Dokter khusus triase untuk disposisi cepat.
- (x) Radiologi selektif dan pengujian laboratorium dilakukan di ruang tunggu.
- (xi) Triase pasien ke klinik terdekat setelah medis ujian skrining.
- (xii) Koordinator alur pelayanan gawat darurat.

⁸² WHO, "Emergency Care Systems for Universal Health Coverage : Ensuring Timely Care for the Acutely Ill and Injured."

⁸³ Salim, "Menggapai Kesejahteraan Bersama Melalui SJSN : Bisakah Dengan Payung Robek ?"

- (xiii) Layanan radiologi dan laboratorium yang lebih cepat, pengujian di tempat perawatan.
- (xiv) Waktu respons konsultan lebih cepat, pesanan masuk.
- (xv) Proses pembuangan bahan medis di ruang gawat darurat yang lebih efisien dan lebih cepat.
- (xvii) Radiologi non-kritis dan pengujian laboratorium ditangguhkan untuk rawat inap atau pengaturan klinik.
- (xviii) Pengalihan ambulan selama masa peningkatan kunjungan di ruang gawat darurat jika mungkin.
- (xix) Penjadwalan online kunjungan rawat jalan gawat darurat
- (xx) Status *real-time* dari waktu tunggu ruang gawat darurat disiarkan di ruang tunggu.
- (xxi) Konsultasi melalui telemedicine untuk kemungkinan transfer pasien
- (xxii) Ketersediaan tempat tidur rawat inap yang cukup.

C. Tinjauan Permenkes No.47 Tahun 2018 Berdasarkan Asas-Asas Umum Pemerintahan Yang Baik

Tata pemerintahan yang baik didefinisikan sebagai suatu sistem nilai, kebijakan, dan institusi yang berkaitan. Permasalahan ekonomi, politik dan sosial diatur melalui sektor pemerintah, swasta, dan sipil. Pelaksanaan tata pemerintahan yang baik dilakukan dengan efektif, efisien dan responsif terhadap kebutuhan rakyat dalam suasana demokratis, akuntabel, transparan.⁸⁴ Tata kelola kesehatan dan kesejahteraan masyarakat merupakan komponen terpenting dari tata kelola yang baik, yang dipertimbangkan dalam kerangka nilai yang mencakup kesehatan sebagai hak asasi manusia, komoditas publik universal, dan salah satu dimensi utama kesejahteraan dan keadilan sosial.⁸⁵

Tata kelola sistem kesehatan berkomitmen untuk melindungi dan mempromosikan kesehatan manusia. Tata kelola meliputi: (1) menentukan arah dan tujuan strategis, (2) membuat kebijakan, aturan, peraturan, atau keputusan dan menyediakan dan menetapkan sumber daya untuk tujuan strategis, (3) memantau

⁸⁴ Mas Achmad Santosa, *Good Governance & Hukum Lingkungan* (Jakarta: ICEL, 2001).

⁸⁵ George Avelino, Lorena G Barberia, and Ciro Biderman, "Governance in Managing Public Health Resources in Brazilian Municipalities" (2013).

dan memastikan realisasi tujuan strategis. Tata kelola kesehatan membutuhkan serangkaian kebijakan interaktif dan sinergis. Dengan kebijakan ini, partisipasi masyarakat adalah salah satu faktor terpenting.⁸⁶ Tata kelola kesehatan yang baik membutuhkan akuntabilitas dan responsif, adanya proses yang jelas dan transparan dalam kebijakan sektor kesehatan, partisipasi warga, dan kapasitas operasional pemerintah untuk merancang, mengelola, dan mengatur kebijakan dan menyediakan layanan.⁸⁷ Pemerintah harus mempertimbangkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat dalam semua kebijakan dan tindakannya.⁸⁸ Dengan perawatan kesehatan primer dapat mengurangi penyakit menular dengan strategi yang tepat, membuat orang berpartisipasi dalam proses kesehatan, dan mengendalikan populasi dengan baik.⁸⁹

Jaminan kesehatan merupakan kewajiban negara untuk memenuhinya tanpa membedakan warga negara yang tergolong maupun tidak tergolong sebagai fakir miskin. Kesadaran memenuhi hak dasar manusia merupakan wujud komitmen bangsa. Namun, rendahnya kualitas kesehatan akan memberikan dampak buruk bagi penyelenggaraan sistem pemerintahan. Berdasarkan hal tersebut maka seharusnya negara menjalankan fungsinya dalam mewujudkan hak atas kesehatan antara lain *obligation of conduct* dan *obligation of result* yang merupakan bagian dari pelaksanaan hak-hak ekonomi, sosial, dan budaya⁹⁰. Hal ini sesuai dengan Undang-Undang No. 11 Tahun 2005 Tentang Kovenan Internasional Ekonomi, Sosial, dan Budaya pasal 12 yaitu hak untuk menikmati standar kesehatan fisik dan mental yang tertinggi yang dapat dicapai.⁹¹ Hak atas kesehatan merupakan hak asasi manusia yang secara hukum melahirkan hubungan antara individu dengan negara. Kewajiban negara berkaitan dengan hak asasi manusia wajib mengacu kepada tiga

⁸⁶ WHO, "Health Systems Governance for Universal Health Coverage Action Plan" (2014): 1–28.

⁸⁷ Avelino, Barberia, and Biderman, "Governance in Managing Public Health Resources in Brazilian Municipalities."

⁸⁸ Faranak Jafari et al., "International Transaction Journal of Engineering , Management , & Applied Sciences & Technologies GOOD GOVERNANCE IN THE HEALTH SYSTEM : " 10 (2019): 1127–1141.

⁸⁹ Ibid.

⁹⁰ Majda El Muhtaj, *Dimensi-Dimensi HAM: Mengurai Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya*, Jakarta : Rajawali Pers, 2009, h. 152.

⁹¹ Kementerian Hukum dan HAM RI, *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2005 Tentang Pengesahan Kovenan Internasional Tentang Hak-Hak Ekonomi, Sosial Dan Budaya* (Indonesia, 2005).

prinsip yaitu melindungi (*protect*), menghormati (*respect*), dan memenuhi (*fulfil*) hak atas kesehatan yang merupakan bagian dari hak asasi manusia ⁹².

Berikut ini pembahasan mengenai prinsip pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional berkaitan dengan Asas-Asas Umum Pemerintahan Yang Baik, yaitu ⁹³ :

1. Prinsip kegotong royongan. Prinsip ini menumbuhkan keadilan sosial bagi keseluruhan rakyat Indonesia. Hal ini sesuai dengan asas dalam *good governance* yaitu keadilan.
2. Prinsip nirlaba. Prinsip ini bertujuan untuk memenuhi seluruh kebutuhan peserta jaminan kesehatan. Hal ini sesuai dengan asas kepentingan umum.
3. Prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi dan efektivitas. Kelima hal ini termasuk ke dalam prinsip pemerintahan yang baik. Prinsip manajemen ini diterapkan dan mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya agar dapat dipertanggungjawabkan dan dievaluasi. ⁹⁴
4. Prinsip portabilitas memberikan jaminan berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat.
5. Prinsip kepesertaan bersifat wajib. Hal ini sesuai dengan prinsip pemerintahan yang baik, yaitu partisipasi. ⁹⁵ Kepesertaan wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi.
6. Prinsip dana amanat. Prinsip ini sesuai dengan asas daya tanggap. Dana dari iuran peserta dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta.
7. Prinsip hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta sesuai peraturan yang ada. Hal ini sesuai dengan prinsip berorientasi pada konsensus.

⁹² World Health Organization, "25 Question and Answer on Health and Human Rights", *Health and Human Rights Publication Series*, Volume 1, Nomor 1, July 2002, h. 9.

⁹³ Republik Indonesia, *Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional*.

⁹⁴ Winardi Sirajudin, Didik Sukriono, *Hukum Pelayanan Publik* (Malang: Setara Press, 2011).

⁹⁵ Ibid.

Desentralisasi merupakan upaya integral untuk mewujudkan kesetaraan, efisiensi dan kualitas. Hal ini dilakukan dengan melakukan pendelegasian wewenang ke daerah dan menjaga kontrol manajerial di Kementerian Kesehatan sehingga dimensi tata kelola kesehatan dapat terwujud. Komponen daya tanggap (responsif) juga sebagai komponen utama pemerintahan dalam pelaksanaan sistem kesehatan. Daya tanggap dalam sistem kesehatan mencakup seperangkat delapan dimensi yang sama. Dimensi tersebut adalah perhatian segera, martabat, kejelasan komunikasi, otonomi, kerahasiaan, pilihan penyedia, kualitas fasilitas dasar, dan akses ke keluarga dan dukungan sosial.⁹⁶ Akuntabilitas juga sebagai komponen kunci dari tata kelola yang baik pada sistem kesehatan Indonesia. Perlu dicatat bahwa prinsip-prinsip tata kelola yang baik saling terkait, dan penerapannya masing-masing membutuhkan penerapan prinsip-prinsip lain. Akuntabilitas dan daya tanggap sangat terkait dengan transparansi dan supremasi hukum.⁹⁷

Pelaksanaan jaminan kesehatan di luar negeri seperti Amerika Serikat dan Tiongkok membentuk badan hukum wali amanat (*Tripartite Board of Trustee*) sebagai BPJS yang secara khusus menyelenggarakan tabungan wajib yang didanai sepenuhnya oleh peserta karena sebagai dana amanah. Dengan demikian, penyelenggaraannya berlaku prinsip nirlaba. Oleh karena itu, pemerintah perlu bekerjasama dengan pihak swasta. Tujuannya agar masyarakat terlindungi dari ancaman kemiskinan dan penciptaan pekerjaan dapat dilakukan dengan perluasan *Corporate Social Responsibility (CSR)*. Cara yang wajib dilakukan adalah membangun fasilitas kesehatan sebagai prasarana jaminan kesehatan. Cara lain adalah dengan memberlakukan remunerasi untuk memenuhi kebutuhan hidup dengan prinsip kerja yang kompeten dan handal.⁹⁸

Kesimpulan

1. Permenkes No. 47 Tahun 2018 Tentang Kegawatdaruratan telah menjelaskan ketentuan rujukan, mengutamakan tindakan penyelamatan nyawa, pelayanan sistem penanggulangan gawat darurat terpadu, evakuasi

⁹⁶ Jafari et al., "International Transaction Journal of Engineering , Management , & Applied Sciences & Technologies GOOD GOVERNANCE IN THE HEALTH SYSTEM :"

⁹⁷ Ibid.

⁹⁸ Purwoko, "Penyelenggaraan Sistem Jaminan Sosial (SJS) Di Indonesia Dalam Perspektif Internasional."

medik. Namun, belum mencantumkan tentang detail level pelayanan gawat darurat sesuai tipe rumah sakit, regulasi dan penjelasan Standar Pelayanan Minimal, dan tuntutan ganti rugi dalam pelayanan kegawatdaruratan.

2. Permenkes No. 47 Tahun 2018 Tentang Kegawatdaruratan tidak menjelaskan tentang kendali mutu kendali biaya.
3. Belum terdapat sinkronisasi antara Permenkes No. 47 Tahun 2018 Tentang Kegawatdaruratan dan Pelaksanaan Asas-Asas Umum Pemerintahan Yang Baik dalam hal tata kelola kesehatan yang membutuhkan akuntabilitas, responsif, transparansi, dan partisipasi.

Saran

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia perlu melakukan perbaikan pada Permenkes No. 47 Tahun 2018 agar lebih sistematis dan lengkap, yaitu dengan menambahkan tentang detail level pelayanan gawat darurat sesuai tipe rumah sakit, regulasi dan penjelasan Standar Pelayanan Minimal, dan tuntutan ganti rugi dalam pelayanan kegawatdaruratan.
2. Perlu ditambahkan pasal tentang sinkronisasi pelayanan kegawatdaruratan dengan kendali mutu kendali biaya.
3. Perlu ditambahkan penjelasan atau petunjuk teknis tentang sinkronisasi pelaksanaan pelayanan kegawatdaruratan dengan pelaksanaan Asas-Asas Umum Yang Baik dalam hal tata kelola kesehatan yang membutuhkan akuntabilitas, responsif, transparansi, dan partisipasi.

Rujukan

- Ainiyah, N, Ahsan, and M Fathoni. "Analisis Faktor Pelaksanaan Triage Di Instalasi Gawat Darurat." *Jurnal Ners* 10, no. 1 (2015): 147–157.
- Alwan, Ala. "Universal Health Coverage in the Context of Emergencies" (2013): 27–28.
- Astuti, Sri Widi, Septo Pawelan Arso, and Eka Yunila Fatmasari. "Analisis Proses Perencanaan Dan Evaluasi Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal Instalasi Gawat Darurat Di RSUD DR. R Soetijono Blora" 5, no. 61 (2017).
- Avelino, George, Lorena G Barberia, and Ciro Biderman. "Governance in

- Managing Public Health Resources in Brazilian Municipalities” (2013).
- Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. *Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018 Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan*. Indonesia, 2018.
- . *Peraturan BPJS Nomor 1 Tahun 2018 Tentang Penilaian Kegawatdaruratan Dan Prosedur Penggantian Biaya Pelayanan Gawat Darurat*. Indonesia, 2018.
- Bashkin, Osnat, Sigalit Caspi, Rachel Haligoa, Sari Mizrahi, and Ruth Stalnikowicz. “Organizational Factors Affecting Length of Stay in the Emergency Department: Initial Observational Study.” *Israel Journal of Health Policy Research* 4, no. 1 (2015): 1–7. <http://dx.doi.org/10.1186/s13584-015-0035-6>.
- Departemen Kesehatan RI. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit*. Jakarta, 2009.
- Dinkes Prov Jatim. “Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2014.” Last modified 2015. Accessed April 12, 2019. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>.
- Direktur Utama BPJS. *Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2019 Tentang Pencabutan Peraturan BPJS Nomor 1 Tahun 2018 Tentang Penilaian Kegawatdaruratan Dan Prosedur Penggantian Biaya Pelayanan Gawat Darurat*. Indonesia, 2019.
- Hendarwan, Harimat, Rosita, and Oster Suriani. “Analisis Implementasi Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Kabupaten / Kota.” *Jurnal Ekologi Kesehatan* 14, no. 4 (2015): 367–380.
- HR, Ridwan. *Hukum Administrasi Negara*. 11th ed. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada, 2014.
- Indonesia, Republik. *Praktik Kedokteran*. Indonesia, 2004.
- Irwandy. “Kajian Literature: Evaluasi Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional Di Indonesia.” *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia : JKKI* 5, no. 3 (2016): 110–114. <https://jurnal.ugm.ac.id/jkki/article/view/30650>.
- Jafari, Faranak, Kamran Hajinabi, Katayoun Jahangiri, and Leila Riahi. “International Transaction Journal of Engineering , Management , & Applied

- Sciences & Technologies GOOD GOVERNANCE IN THE HEALTH SYSTEM :” 10 (2019): 1127–1141.
- Kelly, John J., Elaine Thallner, Robert I. Broida, Dickson Cheung, Helmut Meisl, Azita G. Hamedani, Kevin Klauer, Shari J. Welch, and Christopher Beach. “Emergency Medicine Quality Improvement and Patient Safety Curriculum.” *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine* 17 Suppl 2 (2010): 110–129.
- Kementerian Hukum dan HAM RI. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2005 Tentang Pengesahan Kovenan Internasional Tentang Hak-Hak Ekonomi, Sosial Dan Budaya*. Indonesia, 2005.
- Kementerian Kesehatan RI. *Bahan Paparan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*. 1st ed. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI, 2013.
- Khorram-manesh, Amir. *HANDBOOK OF DISASTER AND EMERGENCY* Amir Khorram-Manesh, 2017.
- Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Indonesia (MKEK). “KODE ETIK KEDOKTERAN INDONESIA” (2006): 1–73.
- Marietta, Matt L. “The Lessons of Comprehensive Emergency Management Theory for International Humanitarian Intervention.” *Political Science Dissertations*. Georgia State University, 2012.
- Marzuki, Peter Mahmud. *Penelitian Hukum*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group, 2011.
- Menteri Kesehatan RI. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional*. Menteri Hukum Dan HAM RI. Vol. 3. Indonesia, 2014. <http://journal.stainkudus.ac.id/index.php/equilibrium/article/view/1268/1127>.
- . *Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 47 Tahun 2018 Tentang Pelayanan Kegawatdaruratan*. Indonesia, 2018.
- Mosadeghrad, Ali Mohammad. “Factors Influencing Healthcare Service Quality.” *International Journal of Health Policy and Management* 3, no. 2 (2014): 77–89. http://www.ijhpm.com/article_2864_607.html.
- Organization, World Health. “Emergency Care Systems for Universal Health

- Coverage : Ensuring Timely Care for the Acutely Ill and Injured,” no. May (2019): 1–5.
- Pratiwi, Cekli Setya, Cristina Yulita, Fauzi, and Shinta Ayu Purnamawati. “Penjelasam Hukum: Asas-Asas Umum Pemerintahan Yang Baik (AUPB).” *Judicial Sector Support Program* (2016): 1–132.
- Presiden Republik Indonesia. *Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan*, 2018.
- Purnomo, Muhammad. “Pencapaian Standar Pelayanan Gawat Darurat Di RSU Habibullah Berdasarkan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Tahun 2014.” *University Research Colloquium* 3, no. 1 (2016): 144–158.
- Purwoko, H. Bambang. “Penyelenggaraan Sistem Jaminan Sosial (SJS) Di Indonesia Dalam Perspektif Internasional.” *E-Journal WIDYA Ekonomika* 1, no. 1 (2016): 75–85.
- Putri, Asih Eka. *Paham SJSN (Sistem Jaminan Sosial Nasional)*. Cetakan 1. Jakarta: CV Komunitas Peajten Mediatama, 2014.
- Republik Indonesia. *Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia*. Indonesia, 1945.
- . *Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Indonesia, 2004.
- Richards, John R., M. Christien van der Linden, and Robert W. Derlet. “Providing Care in Emergency Department Hallways: Demands, Dangers, and Deaths.” *Advances in Emergency Medicine* 2014 (2014): 1–7.
- Rizka A. “Performa Rapid Emergency Medicine Score (REMS) Dalam Memprediksi Mortalitas 30 Hari Pasien Usia Lanjut Di Instalasi Gawat Darurat.” *Jurnal Penyakit Dalam Indonesia* 4, no. 2 (2017): 62–67.
- Rosak-szyrocka, Joanna. “Employee’s Motivation at Hospital as a Factor of the Organizational Succes: Personnel ’ s Motivation and Engagement in the Health Care.” *Human Resources Management & Ergonomics* 8, no. 2 (2014): 56–59.
- Salim, Zamroni. “Menggapai Kesejahteraan Bersama Melalui SJSN : Bisakah Dengan Payung Robek ?” *Kajian Kebijakan*, no. June 2015 (2013): 1–13.
- Santosa, Mas Achmad. *Good Governance & Hukum Lingkungan*. Jakarta: ICEL,

2001.

Sedarmayanti. *Reformasi Administrasi Publik, Reformasi Birokrasi, Dan Kepemimpinan Masa Depan*. Edited by Sabda Ali Mifka. 4th ed. Bandung: PT. Refika Aditama, 2017.

Sirajudin, Didik Sukriono, Winardi. *Hukum Pelayanan Publik*. Malang: Setara Press, 2011.

Suhady, Idup. “Kepemerintahan Yang Baik” Modul Diklat Prajabatan Gol. I Dan II, Lembaga Administrasi Negara – Republik Indonesia” (2009): 67–68.

Sujono, Imam. “Mutu Pelayanan Instalasi Gawat Darurat RSUD DR.H.Soemarno Sosroatmojo (Tesis).” Universitas Terbuka Jakarta, 2015.

Sunggu, Anton Christian Ompu. “Perlindungan Hukum Bagi Dokter Pada Pelayanan Kegawatdaruratan Di Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.” *Jurnal Idea Hukum* 2, no. 1 (2016): 63–75.

Timporok, Oliviani Phrystika, Mulyadi, and Reginus Malara. “Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Waktu Tunggu Pasien Di Instalasi Gawat Darurat Medik RSUD PROF. DR. R. D. Kandou Manado.” *Jurnal Keperawatan* 3, no. 2 (2015): 1–8.

Wahyati Yustina, Endang. “Hak Atas Kesehatan Dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional Dan Corporate Social Responsibility (CSR).” *Jurnal Kisi Hukum: Jurnal Ilmiah Hukum Unika* 14, no. 1 (2015): 1–16.

Wahyuni, Rahmi, and Atik Nurwahyuni. “Gambaran Kepuasan Peserta BPJS Kesehatan Terhadap Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan Di Rumah Sakit Palang Merah Indonesia Bogor Tahun 2014” (2014): 1–19.

WHO. “Emergency Care Systems for Universal Health Coverage : Ensuring Timely Care for the Acutely Ill and Injured,” no. May (2019): 1–5.

———. “Health Systems Governance for Universal Health Coverage Action Plan” (2014): 1–28.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan. Indonesia, 2009.